



## Autorização de Transferência de Recursos de Conta-Salário para outra Instituição Financeira

### Identificação do Solicitante

Nome da Instituição Financeira (prestadora de serviços de pagamento de salários):		Cód. da Instituição Financeira:	
Cliente:			
Número da Conta-Salário:	Número do RG:	Órgão Emissor/UF:	Número do CPF/MF:
Endereço Completo:		Bairro:	
Cep:	Cidade:	UF:	Telefone:
-			( ) -

### Identificação da Instituição Financeira Destinatária

Nome:	Número:	Ag./Cód. Instituição:	Conta de Depósito:
-------	---------	-----------------------	--------------------

### Termo de Autorização do Cliente

**Autorizo**, em caráter permanente, a Instituição Financeira prestadora de serviços de pagamento de salários, soldos, vencimentos, aposentadorias, pensões e similares, acima identificada, a **transferir** regularmente os valores totais creditados em minha Conta-Salário, no dia do respectivo crédito, sem custo, **para a conta de mesma titularidade** na Instituição Financeira Destinatária, acima indicada, conforme faculta a Resolução N° 3.402 de 06/09/2006 e 3.424 de 21/12/2006, ambas do Conselho Monetário Nacional, as quais impõem a obrigatoriedade de sua aceitação pela Instituição recebedora dos créditos acima mencionados, no prazo máximo de cinco dias úteis contados do recebimento dessa solicitação.

Para efeito da realização da operação de transferência, conferi e atesto os dados de identificação do solicitante e da instituição financeira destinatária.

Estou ciente que, a partir desta data, o cartão será cancelado no prazo de 30 (trinta) dias e comprometo-me a destruí-lo.

Local:	Data:	Assinatura do Cliente:
	/ /	

### Para uso da Instituição Financeira (prestadora de serviços de pagamento de salários)

Carimbo/Assinatura do Funcionário/Data:	Carimbo/Assinatura do Gerente/Data:
/ /	/ /

### Protocolo de Recebimento

#### Autorização de Transferência de Recursos de Conta-Salário para outra Instituição Financeira (valores relativos a salários, aposentadorias, pensões e similares)

Titular/Nome:		
Cooperativa/Agência:	Conta:	Empresa/Ente pagador:
Carimbo da Cooperativa/Agência pagadora/ Assinatura do Funcionário/Data:		
/ /		